



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
보호 플랜 - 추가 5조항  
PLAN OF CARE - ADDITIONAL SECTION FIVE

이름:				DDD 번호:		
필요성에 대한 평가 번호 _____						
수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/ 책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수: 매일/주/월 이용 시간: 시간/일/달	신규 참가 자일 경우 개시 유효 일자	사전 승인됨 필요 할 경우	
필요성에 대한 평가 번호 _____						
수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/ 책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수: 매일/주/월 이용 시간: 시간/일/달	신규 참가 자일 경우 개시 유효 일자	사전 승인됨 필요 할 경우	
필요성에 대한 평가 번호 _____						
수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/ 책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수: 매일/주/월 이용 시간: 시간/일/달	신규 참가 자일 경우 개시 유효 일자	사전 승인됨 필요 할 경우	